

“Lo importante es mantener el espacio”: estrategias de inserción y permanencia de terapeutas no convencionales en hospitales

MARIANA ARGENTINA BORDES

El artículo se propone como una contribución al estudio de la presencia de medicinas alternativas habitualmente asociadas al movimiento *New Age* en hospitales públicos, cuya situación se caracteriza por la marginación profesional/epistemológica y la extrema informalidad ocupacional. Para ello, se realizó una investigación de enfoque interpretativo que se ocupa de las prácticas llevadas a cabo por terapeutas para estabilizar un cierto estatus dentro de la estructura social hospitalaria. En el análisis se tomaron como referencia tres prácticas principales: 1) la construcción de vínculos; 2) el comportamiento mimético, y 3) la apropiación del espacio.

PALABRAS CLAVE: medicinas alternativas, hospitales, marginación, estrategias, sociología

“The Important Thing Is to Maintain the Space”: Entry and Permanence Strategies of Non Conventional Therapists in Hospitals

The aim of this paper is to study the presence of alternative medicines usually associated with the New Age movement in public hospitals, where they are usually exposed to professional marginalization and extreme occupational informality. In order to do this, we conducted a research from an interpretative approach that focuses on the practices carried out by therapists. These practices are oriented toward the achievement and stabilization of a certain symbolic status within the hospital social structure. The analysis is based on three dominant practices: 1) the construction of bonds; 2) the mimetic behavior, and 3) the appropriation of the space.

KEYWORDS: alternative medicines, hospitals, marginalization, strategies, sociology

MARIANA ARGENTINA BORDES
Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas, Centro Argentino de
Etnología Americana, Buenos Aires, Argentina
marianabordes@yahoo.com.ar

Introducción

En las últimas décadas se registra un incremento en la difusión de aquellas medicinas popularizadas como medicinas “alternativas y complementarias” (OMS, 2002), lo cual ha sido consignado tanto en los países industrializados como en Latinoamérica. En Argentina, la literatura académica ha indicado la creciente utilización de terapias y medicinas con distintos grados de novedad, muchas de ellas de raigambre oriental, habitualmente asociadas al movimiento *New Age* —yoga, ayurveda, medicina china, *reiki*, entre otras— (Carozzi, 2000; Saizar, 2009; Freidin y Abrutzky, 2011; D’Angelo, 2013); lo cual se articula con una renovada visibilidad de prácticas preexistentes, desde el curanderismo (Idoyaga, 2002) hasta las sanaciones religiosas (Algranti, 2008; Olmos, 2013). Este proceso, relacionado con una diversificación de creencias religiosas (Steil, 2001), resulta de relevancia también para el campo de la sociología y la antropología médica, en tanto abre el interrogante sobre las continuidades y rupturas relativas a la ya abordada tensión entre la medicina oficial —biomedicina— y las otras medicinas.¹

En este marco, ha despertado especial interés académico el fenómeno de la existencia de espacios heterodoxos de cuidado de la salud, en particular cuando la presencia de otras medicinas se registra en las instituciones sociales por excelencia de la medicina oficial: los hospitales. La literatura ha profundizado en el

¹ Desde estas subdisciplinas se abordó la tensión entre la biomedicina, fundada en una epistemología que contempla el aspecto biológico del cuerpo —es decir, aquello considerado como empíricamente existente, y por ende, único referente “verdadero” de la realidad (Good, 1994)— y las medicinas holísticas, que oponen a la separación cuerpo-mente un enfoque relacional (Micozzi, 2002). El avance tecnológico de la ciencia biomédica desde estas bases, sumado a un proceso de organización corporativa y de obtención de apoyo estatal, favoreció la apropiación monopólica del sector salud y un estatuto dominante por encima de las prácticas médicas heterodoxas (Saks, 2001).

análisis de distintos procesos complementarios, que exponen la posición subalterna que en estos espacios ocupan las terapias no oficiales: 1) una tendencia a la cooptación selectiva desplegada por la biomedicina (Raaphorst y Houtman, 2015; Wiese, Oster y Pincomb, 2010), que en gran parte opera mediante profesionales de la salud de menor jerarquía (Adams, 2006); 2) la implementación de mecanismos de control ante los *outsiders*, que consisten en la imposición de fronteras organizacionales prácticas y simbólicas —*boundary-work* en la literatura anglosajona— que refuerzan la asimetría biomédico/no biomédico (Shuval, Mizrachi y Smetannikov, 2002; Mizrachi, Shuval y Gross, 2005; Hollenberg, 2006), y finalmente, 3) una actitud activa por parte de los terapeutas alternativos, traducida no sólo en la búsqueda de aliados biomédicos para ingresar a espacios de atención clínica (Goldner, 2004), sino también en la adopción de pautas profesionales biomédicas como los estándares educativos y el involucramiento en investigación (Welsh *et al.*, 2004).

El presente artículo se propone contribuir al conocimiento del fenómeno relativo a las medicinas no convencionales en hospitales, con un enfoque en la perspectiva de los terapeutas. Mientras que en Mariana Bordes (2019) expusimos algunas prácticas de invisibilización y ocultamiento que los propios terapeutas desarrollan para evitar ser blanco de los mecanismos organizacionales de sanción —desprestigio, reprimenda y expulsión—, este artículo se limita a dar cuenta de las prácticas tendentes a la construcción activa de un estatus relativamente estable dentro de la estructura social hospitalaria. En particular, se enfoca en el análisis de tres prácticas: 1) la construcción de vínculos; 2) el comportamiento mimético, y 3) la apropiación del espacio. Este análisis está precedido por una descripción de las condiciones laborales de estos terapeutas bajo los lineamientos del voluntariado hospitalario.

Partimos del supuesto teórico de que el hospital constituye una institución social que detenta

la paradójica capacidad de ser simultáneamente un espacio cerrado —*bounded*— pero también permeable; sitio del control social regido por el poder biomédico, en el que asimismo emergen órdenes sociales alternativos e incluso transgresores (Street y Coleman, 2012). De acuerdo con lo anterior, la posibilidad de “ensamblar” estos distintos órdenes con el orden médico hegemónico se dirime a partir de alineamientos, asociaciones y exclusiones potenciales, en los cuales asumirán un lugar central las prácticas activas orientadas a la ocupación de ese espacio, que vehiculicen los distintos actores sociales. Un enfoque interaccionista de análisis resulta adecuado en este marco, en tanto postula el carácter contingente, siempre en proceso, de la construcción de la realidad por medio de la interacción múltiple (Strauss, 1977; Hughes, 2017), al tiempo que considera las destrezas que habilitan a los individuos a lograr una definición de la situación que les sea favorable (Goffman, 2004).

Aspectos metodológicos

Este artículo se desprende de un trabajo de investigación más amplio, de corte interpretativo y cualitativo (Souza, 2009), focalizado en el estudio de las dinámicas de inserción, práctica y legitimación de medicinas alternativas en marcos institucionales biomédicos en Buenos Aires, y financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet).² En este proyecto, la propuesta inicial se orientó a la selección de grupos terapéuticos alternativos que se desempeñaran en el ámbito sanitario público, específicamente en hospitales, y

2 Los resultados aquí expuestos surgen del trabajo de campo individual en el marco de dicho proyecto e incluyen avances producidos junto con Mercedes Saizar, durante 2017, en un hospital-escuela de la ciudad (Proyecto PIP-Conicet 2016-2017).



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PORTO ALEGRE/Flickr ▶ Practicantes de *reiki* atendiendo a pacientes. Porto Alegre, Brasil.

que se situaran en el rango de mayor marginación en el sector salud, en términos de su formación profesional —especialistas que no contaran con titulación médica universitaria o paramédica—. El trabajo de campo comprendió el periodo 2015–2017, durante el cual se realizaron 25 entrevistas grabadas de manera digital, con coordinadores de estos grupos, miembros terapeutas que participan del voluntariado hospitalario y especialistas alternativos que trabajan en hospitales de manera individual, pertenecientes a las disciplinas del *reiki*, la reflexología y el *tai chi chuan*. Asimismo, entrevistamos a 12 profesionales de la salud que hubiesen estado involucrados de manera activa en el proceso de incorporación de personal voluntario no convencional. Esta información se complementó con el registro de conversaciones informales recopiladas en el diario de campo. La

observación participante fue llevada a cabo en hospitales en los cuales diferentes grupos terapéuticos y de especialistas desenvolvían sus tareas. En el presente artículo, recuperamos las entrevistas en profundidad y la observación participante relativas al trabajo de campo con dos grupos en particular: Reiki al Servicio y Reflexología Clínica Hospitalaria. El criterio de elección se fundó en el objetivo de reflejar la situación institucional de aquellos actores sociales con presencia en servicios hospitalarios —de una misma institución o en varias—, con una organización interna que les hubiera permitido una experiencia de al menos dos años ininterrumpidos. Al momento del trabajo de campo, los terapeutas de *reiki* se desempeñaban en dos hospitales: uno general de agudos, correspondiente a un segundo nivel de atención y 23 especialidades médicas, en

el cual el trabajo de los terapeutas en cuestión discurría en un espacio destinado a la atención del dolor no oncológico dependiente del servicio de anestesia —Sala 1—; y otro especializado en rehabilitación, que corresponde a un tercer nivel de atención, con más de 60 especialidades médicas para la atención integral del paciente con trastornos neuromotores, en el que los terapeutas de *reiki* realizaban su tarea en una sala de terapia ocupacional —Sala 2—. La actuación de los reflexólogos, en cambio, se situaba únicamente en un nosocomio de importante trayectoria, en términos de atención clínica, investigación y docencia, del segundo nivel de atención, en el que su presencia se constataba en servicios como los de maternidad, ginecología, traumatología, sexualidad, cuidados paliativos y oncología. Aquí, las observaciones participantes discurren en espacios que consideramos relevantes para la obtención de información, como reuniones de grupo organizadas en el piso de reumatología y sesiones de reflexología abiertas a la comunidad, realizadas en una habitación del servicio de ginecología o en la oficina administrativa situada en un cuarto contiguo —luego trasladada a maternidad—, a las cuales se podía acudir previa concertación de cita. En todos los casos, la atención se dirigía tanto a pacientes como a profesionales de la salud.

Un aspecto central del campo, que signó el modo en el que construimos los datos, fue el relacionado con el carácter de enclave asumido por la presencia alternativa en los espacios referidos. En efecto, el despliegue de las prácticas no sólo emergía como una disrupción en el interior del ámbito biomédico, debido al contraste tanto epistemológico como interaccional representado por estos saberes orientados al cuidado holístico del cuerpo; sino que suponía: 1) una práctica circunscrita espacio-temporalmente, en recintos que, al menos en el lapso de duración de las sesiones, se destinaban sólo a ese fin, y 2) un máximo distanciamiento en lo concerniente al contacto cotidiano con profesionales de la salud convencionales, más allá de conversaciones esporádicas en los pasillos o cuando

éstos asistían al tratamiento.³ Estas coordenadas definieron que la problemática del conflicto relativo a la coexistencia de la biomedicina y las medicinas alternativas no constituyera el eje analítico de nuestra propuesta, ya que la información obtenida en forma inductiva se limitó a exponer más bien los indicios de estas tensiones —gestos de recelo y burla por parte de enfermeros y médicos, irrupciones inesperadas durante la terapia, entre otros—. Por esta razón, la clave heurística se correspondió con el objetivo de analizar aquella dimensión del fenómeno efectivamente registrada en el campo: las acciones situadas y cotidianas de los terapeutas, orientadas a enfrentar las contingencias del contexto hospitalario que ponían en juego vínculos y recursos personales y capitalizaban las necesidades de otros actores sociales en pos de lograr un estatus estable en el hospital. Por último, cabe destacar que, si bien reconocemos las diferencias que revisten las dos disciplinas alternativas tomadas como referencia en cuanto al modo en el que negocian su posicionamiento frente a la biomedicina —considerando, por ejemplo, el aspecto más espiritual del *reiki* y el más técnico de la reflexología (Bordes y Saizar, 2018)—, tomamos la decisión expresa de analizar las estrategias que comparten, en tanto heterodoxias terapéuticas.

3 Este rasgo se evidenció tanto en el caso del *reiki* como en el de la reflexología, aunque con variaciones. En *reiki*, las prácticas cumplían horarios pautados, de tres horas en la Sala 1, en una habitación con tres camillas situada a cuatro metros del consultorio donde atendía la médica a cargo, en un espacio en el que también se desenvolvían otras especialidades —de hecho, en otras franjas horarias, el cuarto era utilizado por especialistas en estudios del sueño—; y de dos horas en la Sala 2, donde los terapeutas de *reiki* disponían del recinto principal de actividades del servicio gracias a que las terapistas ocupacionales pasaban a reunirse en un espacio utilizado como oficina y sala de reuniones. Los reflexólogos, por su parte, contaban con espacios “propios” de atención, en un casi aislamiento respecto de las prácticas biomédicas.

El trabajo terapéutico no convencional en hospitales: informalidad y personalismo

El espacio social constituido por los terapeutas no convencionales que incursionan en hospitales de la ciudad de Buenos Aires constituye un terreno altamente dinámico y heterogéneo. No se cuenta con cifras oficiales que realicen estimaciones cuantitativas respecto a la presencia de este tipo de medicinas, ya que se trata de un tema que no despierta aún el interés de las instancias gubernamentales y no ha ingresado todavía en la agenda política del Ministerio de Salud argentino, como sí ocurre en otros países de la región (Lovera, 2014). Un camino heurísticamente fructífero para una primera sistematización de esta presencia es el de tomar como eje analítico el tipo de relación que los terapeutas no convencionales construyen con la organización hospitalaria. Al respecto, nos encontramos con: a) un circuito de circulación por hospitales de carácter privado y rentado, en el que los especialistas definen una relación con el paciente mediada por el pago de honorarios por sus servicios terapéuticos y que los profesionales sanitarios respetan como si se tratara de una visita más; b) un circuito en el que los terapeutas se insertan en la estructura social y organizacional del hospital bajo la figura del voluntariado, de manera individual, o bien por medio de colectivos que se organizan de acuerdo con un criterio disciplinar, con el objetivo de visibilizar la presencia de las terapias en cuestión en el sector salud, y c) un tercer circuito, que involucra a profesionales miembros regulares del *staff* hospitalario —sobre todo, de profesiones paramédicas— que practican medicinas no convencionales como parte complementaria de su trabajo cotidiano.

En los hospitales públicos, el voluntariado aparece como una instancia que homologa los rasgos de las tareas que se llevan a cabo, con una consecuente desvalorización de las formaciones específicas.⁴ En efecto, la categoría puede englobar desde

voluntarios que se limitan a “pasar un tiempo” con los enfermos —sirviendo la merienda, por ejemplo—, hasta aquellos que han alcanzado un nivel universitario en carreras de potencial orientación sanitaria, como la musicoterapia. Más allá de esta homologación, el voluntariado se convierte en una oportunidad profesional, en términos de inserción y adquisición de experiencia, cuando no existen plazas disponibles para ocupar un cargo definitivo en la organización, reemplazando a la residencia médica. En lo que respecta a los terapeutas no convencionales, esta modalidad de inserción los pone en una situación ambivalente. Por un lado, la participación en el hospital, en tanto espacio simbólico del saber legítimo sobre el cuerpo, establece un incremento casi inmediato del estatus profesional o “un sello de aprobación” (Hollenberg, 2006: 741), sobre todo en relación con pares y pacientes. Pero, por otro lado, los define como trabajadores informales del sector salud, en tanto la provisión de servicios se opera sin base contractual y sin remuneración. En la mayoría de los casos tampoco se cuenta con capacitación en torno a las condiciones de seguridad e higiene en ámbitos sanitarios, lo que se resuelve en el marco de los vínculos cotidianos con los profesionales que supervisan sus tareas.

Esta informalidad ocupacional se ve reflejada, asimismo, en el modo en el que los terapeutas logran entrar en el espacio hospitalario. Tal como lo constatan Judith Shuval, Nissim Mizrachi y Emma Smetannikov (2002), el ingreso se lleva a cabo por medio de procesos burocráticos informales, mientras la movilización de redes personales es el principal mecanismo de reclutamiento. El ingreso y la permanencia en el hospital dependen del vínculo

4 La categoría del voluntariado social refiere a un tipo de participación de la sociedad civil, expresada en términos de actividad solidaria, cuyo desempeño se define por la ausencia de remuneración, salario o contraprestación (Saizar, Bordes y Sarudiansky, 2011: 207-209).

personal establecido con las autoridades hospitalarias, generalmente los jefes de servicio. Éstos suelen negociar con sus superiores la inserción, en ocasiones poniendo en juego su propia reputación en virtud del rechazo que producen estas opciones en algunos biomédicos. Las autoridades hospitalarias —en particular, el director, quien deviene en el *gate-keeper* hospitalario por excelencia (Frenkel y Borkan, 2003), en tanto define la admisión de personal y prácticas no biomédicas— pueden avalar las opciones no convencionales, rechazarlas o “dejar hacer”.

Este estatuto ocupacional informal acarrea una serie de problemas considerados relevantes por los terapeutas, que funcionan como trabas para la construcción de un papel relativamente estable dentro del hospital. Estos problemas adquieren múltiples aristas.

Un factor generador de tensiones se relaciona con las bajas expectativas de obtener un lugar definitivo dentro del hospital. La falta de seguridad en un cargo y la ausencia de reconocimiento oficial —monetario u organizacional— repercuten en las posibilidades de permanencia de los voluntarios. Sin duda, un riesgo del trabajo voluntario personal es el de sucumbir con el transcurso del tiempo. Según lo señalado por los informantes, el abandono se produce porque “se cumplió un ciclo”, porque la participación se superponía con otras actividades —generalmente un trabajo remunerado— o debido al desgaste en términos de los sacrificios implicados en sostener la actividad —se menciona la cantidad de horas invertidas en el viaje hasta el hospital y el dinero prodigado para solventar la tarea—. También se indican desavenencias con los coordinadores del grupo voluntario, que pueden no considerarse idóneos para ese papel. En lo que se refiere a los grupos, el transcurso del tiempo supone un desafío para la organización interna, en virtud de la deserción, la necesidad de reclutar nuevos postulantes y la definición de objetivos factibles a corto, mediano y largo plazo.

Otro problema es el de la definición de los vínculos con los miembros del personal hospitalario. Esto incluye la relación con los profesionales de la salud que tienen a cargo el espacio de práctica y ante quienes es preciso rendir cuentas acerca del trabajo realizado; pero también la relación con aquellos miembros que comparten el mismo espacio —y los mismos pacientes—, que no han participado del proceso de toma de decisiones que habilitaron la “entrada” de las terapias no convencionales. La gestión de las interacciones cotidianas con estos actores sociales suma tensión al trabajo voluntario:

En el hospital tenés que acatar ciertas órdenes, gestos, ciertas cosas de médicos que no son [nombre del jefe de servicio], que son médicos que están ahí en el sector [pero no forman parte del servicio]. Entonces, de repente, le dicen al paciente: “bueno, no, no, hasta que no tengas el resultado de esto [exámenes de laboratorio], a *reiki* no vas”. Y la gente responde: “ay, pero yo quería...”. O [los médicos dicen a los terapeutas]: “no se paren acá, no hagan ruido, no hablen fuerte”. Vos viste que son pavadas... pero pavadas que decís: “no estoy acá para que me diga ‘no te podés parar acá’ o ‘correte allá’... No vengo acá a soportar tu locura” (entrevista con Cristina, terapeuta de *reiki*, Ciudad de Buenos Aires, 22 de octubre de 2015).

Diferentes relatos testimonian el recelo y la hostilidad de los que se sienten objeto los terapeutas, principalmente cuando salen de la “zona segura” en la que realizan sus prácticas. Estas actitudes médicas y paramédicas incluyen acciones de diferente escala que nos fueron relatadas en entrevistas y charlas informales, y que pudimos también observar. Entre ellas está el uso de la gestualidad para marcar el rechazo, la indiferencia o el desprecio de los miembros del equipo hospitalario respecto de lo no convencional; la marcación territorializada del espacio hospitalario mediante la interrupción de las sesiones,

o bien otras acciones que intentan exponer el carácter de extranjería de los terapeutas alternativos —por ejemplo, algunas informantes comentan que las enfermeras del piso en el que trabajan cierran con llave la puerta del baño, obligándolas a desplazarse a otros pisos del hospital constantemente, lo que es interpretado por las terapeutas como una clara expresión de descontento por su práctica—; el establecimiento de fronteras para demarcar las interacciones posibles dentro del hospital —como el rechazo general de biomédicos a atenderse, a excepción de que se trate del personal que habilitó la práctica—; el monitoreo constante por parte de algunos profesionales que intentan evitar la superposición de competencias y jurisdicciones laborales —como la advertencia, por parte de un grupo de psicólogas, de no hablar con los pacientes, porque ven en las charlas entabladas entre paciente y terapeuta alternativo un potencial ejercicio ilegal de la medicina—.

El registro de estos problemas por parte de los terapeutas no convencionales tiene como contrapartida el hincapié en el desarrollo activo de prácticas que se orientan hacia la estabilización del propio lugar en la organización, sobre las cuales nos extenderemos en los apartados siguientes.

La construcción de vínculos

Una de las estrategias delineadas por los terapeutas se desprende de las formas de sociabilidad que podrían emerger en el hospital y que son favorecidas por el trabajo voluntario. Como se señaló, la vía por excelencia para la entrada y permanencia en un determinado sector es que los profesionales de la salud a cargo se interesen en la terapia, al vislumbrar sus efectos positivos constatables. Sin duda, los terapeutas reconocen que el medio ideal para transmitir los beneficios potenciales de su práctica sería el de los escritos científicos. Empero, los terapeutas no suelen contar con el conocimiento práctico para acceder a este tipo

de información, disponible en artículos de acceso restringido en revistas especializadas —cuyos títulos no conocen— y en lengua inglesa —una limitante para la mayoría de los involucrados—. Más allá de los esfuerzos por adecuarse a estas expectativas biomédicas,⁵ el vocabulario que se maneja con fluidez es el de la experiencia personal.

En efecto, uno de los objetivos de los terapeutas suele ser el de lograr el acceso al “cuerpo-carne” del profesional, para que él mismo pueda corroborar las bondades de la terapia y la ausencia de efectos secundarios. El ofrecimiento de tratamiento para los profesionales sin duda aparece como una de las principales metas y se emprende con insistencia, ya que puede constituirse en el último paso para terminar de convencer al profesional y así alcanzar la aceptación de la práctica en el respectivo servicio. En algunas ocasiones, en ello consiste la propuesta inicial, antes de ofrecer la terapia para los pacientes:

Carmen: La jefa que estaba antes era bastante reacia hasta que se empezó a atender ella; cuando empezó a atenderse, después a sus pacientes te los daba. Investigadora (I): ¿Vos en qué notabas que se ponía más reacia?

Carmen: No te daban bolilla. Nada de que te trataban mal, ni siquiera te decían “no, usted no entre”, directamente no les importaba, no te tomaban en serio.

I: ¿Y cómo fue que la empezaron a tratar?

Carmen: [La reflexóloga] S. puede todo, te habla y te dice, y va y va... y [el profesional de la salud termina respondiendo]: “bueno, atiéndame”... Y así se convencen [risas] (entrevista con Carmen, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 26 de octubre de 2018).

5 Por ejemplo, acudir a las entrevistas para incorporarse a nuevas instituciones con esmeradas presentaciones en *Power point*, con citas de la bibliografía científica que pueden encontrar.

En el día de la presentación, los profesionales prefirieron incorporarlo primero para ellos, que está mucho mejor para nosotros, si bien nosotros se lo queremos brindar a todos. Porque ellos lo pudieron experimentar... Está bien, un médico receta medicamentos y no tiene que experimentar todas las enfermedades, pero habiendo experimentado... no es lo mismo (entrevista con Alicia, terapeuta de *reiki*, Ciudad de Buenos Aires, 6 de noviembre de 2015).

Este último fragmento resulta interesante por dos razones. Primero, ancla un discurso extendido en el ámbito de estudio: la relevancia de mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud, en virtud de los riesgos de agotamiento —*burn-out*— que se desprenden de las exigencias ocupacionales a las que se los somete. Autores como John McKinlay y Joan Arches (1985) asociaron esto a la proletarización de la profesión médica. Segundo, este fragmento manifiesta una opinión sostenida tanto por terapeutas como por profesionales biomédicos: la comprobación de que la terapia alternativa en cuestión “funciona” puede llevarse a cabo mediante la experiencia individual —con la sensación de relajación, por ejemplo—, y el peso específico de la autoridad biomédica puede legitimar esa experiencia con mayor objetividad, ya que se considera una opinión experta.

Como vemos, el trabajo gratuito que se ofrece a los profesionales adquiere sentido en términos de la accesibilidad al espacio hospitalario. Pero emerge también como un recurso para generar lazos estrechos, incluso afectivos, que consoliden el propio lugar en la estructura social del hospital. Así, cabe destacar el esmero por construir un lugar preferencial para los profesionales de la salud a la hora de la atención, en particular con los jefes de departamento —a los que muchas veces se atiende con anterioridad a los pacientes, en una especie de “inauguración” de la jornada de trabajo—. Esta práctica se

hace extensiva a enfermeras, camilleros, e incluso a personal de distintos oficios —tapiceros, herreros— y administrativos. Esto adquiere la doble función de ganar credibilidad mediante la difusión boca a boca y como “capital de intercambio” para pedir favores o consejos en tanto contraprestación del momento de relajación y alivio suministrado. También deviene en un recurso para limar asperezas cuando se identifica el rechazo hacia la propia presencia en el hospital.

Este tipo de vinculación no se encuentra exenta de conflictos. Como contrapartida del rechazo repetido de muchos médicos diplomados a “convertirse en pacientes”, existe también la percepción de una suerte de aprovechamiento del carácter gratuito de la terapia. Esto ocurre en el caso de las profesiones paramédicas y otras ocupaciones hospitalarias de menor jerarquía, aunque se menciona asimismo al personal biomédico. En virtud de la relevancia que este tipo de atención reviste, los terapeutas interpretan que deben negociar el tiempo dedicado al personal del hospital y el tiempo destinado a atender a los pacientes, siendo cuidadosos de sostener la cordialidad del trato:

“Cada vez que el jefe de servicio se toma un descanso quiere venir acá. Es un vitalicio nuestro, yo creo que si pudiera, vendría más”. La terapeuta agrega que no pueden decirle que no, a diferencia de la relación establecida con enfermeras, de menor jerarquía y con las que se trata de negociar. “A las enfermeras las trato de convencer que saquen un turno para consultorio externo. Y ahí sí, le damos sólo 8 sesiones [la cantidad estandarizada para consultorio externo] y después quedan en la lista de espera para volver a tomar” (nota de campo, hospital de segundo nivel de atención, oficina administrativa de reflexología, Ciudad de Buenos Aires, 24 abril de 2017).

Este tipo de orientación hacia la construcción de lazos se articula a una estrategia que puede ser leída

como complementaria: la inserción en redes de voluntariado más amplias. Así, constatamos la participación en la Fundación Paliar; en la asociación civil Pallium Latinoamérica y en la Fundación Donde Quiero Estar, que buscan garantizar una mejor calidad de vida a enfermos oncológicos y sus familias. Si bien el trabajo continúa siendo no remunerado, este tipo de inscripción ofrece ventajas comparativas frente al vínculo unilateral con las autoridades hospitalarias. “Formar parte” redundante en una mayor estabilidad en la participación voluntaria, en la medida en que estas agrupaciones operan como mediadoras entre el personal sanitario —cuidados paliativos y oncología, principalmente— y los terapeutas no convencionales. Esta situación resulta interesante porque, si bien no elimina, al menos relativiza una de las principales desventajas que se presentan en el vínculo personalista: el dinamismo que caracteriza los nombramientos en hospitales, con un alto índice de recambio de autoridades y jefes de departamento, situación que obliga a los terapeutas alternativos a retornar al comienzo cada vez, con los consiguientes riesgos de perder el lugar que habían ganado.

Comportamiento mimético

Los estudios paradigmáticos sobre terapias alternativas en hospitales israelíes retoman el concepto de isomorfismo institucional para analizar el modo en el que los terapeutas alternativos, en tanto grupo profesionalmente subordinado, siguen patrones de comportamiento de los grupos dominantes en el campo sociosanitario, en pos de obtener reconocimiento y legitimidad (Shuval, Mizrachi y Smetannikov, 2002; Mizrachi, Shuval y Gross, 2005). El hincapié se hace en la dimensión mimética de este isomorfismo, que permite subrayar que los terapeutas no convencionales “copian” aspectos comportamentales estructurales y simbólicos preexistentes, lo que tiene como

correlato el mantenimiento de la estabilidad institucional. Esta lógica mimética termina por tener un efecto que “evita la marcación de un territorio visible en el campo biomédico [...] al mitigar la potencial amenaza del sistema médico alternativo en su pura forma holística” (Mizrachi, Shuval y Gross, 2005: 37).⁶

De acuerdo con nuestro análisis, también es posible identificar prácticas que siguen esta línea en el ámbito local. Registramos un esfuerzo de algunos terapeutas no convencionales por desarrollar acciones tendentes a incorporarse a la vida hospitalaria desde una lógica de continuidad con los rituales y rutinas propios de este espacio. Desde la utilización de ambos o chaquetas —mediante lo cual pasan a compartir el mismo código de vestimenta que los profesionales de la salud—; la participación en ateneos como invitados del equipo de salud —lo que les permite socializarse en los patrones de comunicación biomédicos y se constituye en una constatación de que se es “un profesional más dentro del equipo”, como indica una informante—; hasta la asistencia a jornadas, charlas y cursos de posgrado en diversas especialidades médicas.

También en las consultas se destaca el hincapié en emular el encuadre biomédico. Esto se lleva a cabo por medio de la confección de fichas de pacientes —que a veces siguen el modelo exacto de las que hacen los profesionales de la salud; otras veces adoptan un formato que simplemente consigna diagnósticos iniciales, evolución del cuadro y decisiones terapéuticas—, incluso con la aspiración de elaborar información estadística. También registramos —en particular, cuando los terapeutas nos comentaban sus experiencias en servicios puntuales— una orientación hacia la adquisición de conocimientos especializados, esto es, en torno a dolencias específicas. Así, más allá de la vocación del trabajo voluntario, la

6 La traducción es mía.



MILIUS 007/PIXABAY ▶ Práctica de la reflexología.

necesidad o el interés por adquirir experiencia mediante la práctica —algo usual en las medicinas alternativas (Gale, 2011)— conduce a hacer un uso de la estructura hospitalaria que se adecua al sistema de formación biomédico y su vocabulario, que incluye las residencias médicas y las rotaciones en distintos nosocomios, en distintas especialidades. En el párrafo siguiente se expone en las exigencias de formación de una disciplina alternativa —*reiki*— y el modo en el cual el hospital se vuelve un lugar propicio para desplegar esta práctica:

En realidad, yo empecé en el hospital porque tenía que cumplir con las horas, necesitaba 120 horas y 40 pacientes para acceder a ser ayudante de maestro [de *reiki*]. Y en el hospital no sólo eso, no sólo cantidad, sino que pude atender personas con una variedad de síntomas que no encontrás en consultorio privado

(entrevista con Mónica, terapeuta de *reiki*, Ciudad de Buenos Aires, 10 de diciembre de 2015).

Por otro lado, encontramos terapeutas que aplican procedimientos según “protocolos” de trabajo, en servicios en los que interesa evaluar la eficacia a partir de la producción de evidencia científica, al establecerse un estándar en la realización de movimientos considerados como los más efectivos para el tratamiento.⁷ Si bien en este tipo de circunstancias los especialistas alternativos son los que suelen plegarse

7 Nos referimos a la reflexología podal, que hace una construcción de sí misma como disciplina pasible que puede ser interpretada de manera biomédica en virtud del carácter —en principio— técnico de su terapéutica, que se basa en la estimulación manual de la superficie del pie (Bordes, 2015).

a los intereses biomédicos de emprender una práctica más objetiva, la cuestión de validar la disciplina en la que se está formado a partir de procedimientos de la ciencia se percibe como la vía dadora de legitimidad por excelencia. Como indica una reflexóloga especialista que abandona el trabajo voluntario en virtud de que considera —entre otros factores— que su intento por incorporar acciones más afines con la biomedicina “no tuvo eco” entre sus colegas:

Fue muy positivo porque los resultados fueron testeables. Porque no es lo mismo que un paciente subjetivamente te diga “me siento bien” que hacer algo tangible, concreto, un proyecto científico que vinculaba a la reflexología con la hipertensión, con algo concreto que es un aval. En el país no se había hecho nada parecido (entrevista con Liliana, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 9 de agosto de 2017).

Cabe destacar que sólo algunos pocos voluntarios se vuelcan a esta posibilidad. Si bien podríamos adjudicar este hecho a cuestiones organizacionales y políticas, como las carencias del sistema hospitalario para financiar este tipo de investigaciones, también es cierta la presencia de resquemores desde la mirada no convencional hacia este tipo de posicionamiento epistemológico tan cercano al modelo biomédico. Sea porque prefieren mantenerse dentro del vocabulario y prácticas netamente holísticas y de raigambre oriental, sea en virtud de que consideran que no cuentan con la capacitación —y capacidad— necesaria para operar este vuelco, o bien, sea por las exigencias suplementarias que esta tarea plantearía a los voluntarios —quienes, recordemos, no perciben honorarios por su tarea y en muchos casos su disponibilidad de tiempo es limitada—. Una lectura interesante, que podría hacerse, es que la inversión personal y profesional en la construcción de vínculos resulta más eficaz y “a la mano” para el logro de una relativa estabilidad en el hospital, que la

participación en la producción de datos científicos en sentido estricto. Mientras que esto último puede suponer una cierta visibilidad en eventos académicos —los registrados en nuestro trabajo de campo se presentaron en congresos y jornadas nacionales, generalmente intrahospitalarios—, la construcción de vínculos registra experiencias de creación de puestos de trabajo formales, así como otros espacios remunerados —como en el caso del grupo de reflexólogos, que logró la titularidad de una materia de reflexología en la carrera de podología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires—. Si bien estos ejemplos son excepcionales, adquieren relevancia en un contexto de extrema informalidad.

La apropiación del espacio

Por último, cabe abordar la dimensión relativa al modo en el que los terapeutas desarrollan estrategias centradas en la inserción en distintos sectores de la geografía hospitalaria, es decir, en la institución biomédica en tanto territorio que debe ser ocupado. Aquí, coincidimos con aquellos autores que indican que el carácter marginal de las medicinas no convencionales en el campo médico se expresa en las coordenadas espaciales del hospital (Hollenberg y Bourgeault, 2009), de acuerdo con una lógica de establecimiento de fronteras o *boundary-work* y de “marcación de la territorialidad”, habitual entre las profesiones de la salud (Baldwin, 2007). Sin duda, el espacio se constituye en uno de los dominios en los que se plasman de manera más evidente las disparidades de poder y jerarquía en el ámbito hospitalario, a la vez que contribuye a reproducirlas (Lewin y Reeves, 2011). En este contexto, para las ocupaciones “alternativas” se suman, además, las controversias del ámbito epistemológico, que refuerzan su carácter de *outsiders* en ámbitos biomédicos (Keshet, 2009).

En nuestro contexto de estudio se destacan dos dimensiones en las que se expresa esta marginalidad espacial. Desde una perspectiva más estructural del fenómeno, es posible afirmar, primero, que la presencia de terapeutas alternativos se registra prioritariamente —o al menos, de modo menos conflictivo— en los servicios hospitalarios más “blandos”, es decir, aquellos en los que la cura en términos estrictos no constituye el principal objetivo. Aquí, suele predominar el accionar de profesionales no médicos, en el marco de ciertas circunstancias vitales —como el dolor crónico, la rehabilitación, el fin de la vida o los procesos de gestación y nacimiento— que sitúan a la calidad de vida y la atención del paciente en un lugar prioritario.⁸ Esta situación permite introducir en el análisis lo que en la literatura se define como una inclusión subordinada que remite a la virtual —aunque no total— exclusión de las medicinas alternativas del núcleo cognoscitivo de la medicina científica occidental, centrado en tratar las dolencias en tanto *diseases*.⁹ Sin embargo, también puede decirse que entre los terapeutas alternativos no se hace un hincapié explícito en ocupar sectores hospitalarios específicos, sino que el objetivo es el de ingresar en el hospital sin más, priorizando los espacios que se muestren permeables a las prácticas heterodoxas.

La segunda dimensión de la marginalidad espacial de las medicinas alternativas puede atribuirse a las dificultades para obtener un acceso y una cierta estabilidad en la ocupación de un espacio físico. A diferencia de la dimensión anterior, en este plano se moviliza el foco de interés y el accionar de los terapeutas: disponer de la materialidad de un lugar constituye la condición de posibilidad para ejercer en un servicio hospitalario y permanecer en él. Como indicamos, el ingreso de los terapeutas en el hospital suele depender del aval de al menos un jefe de servicio, respaldado por el director del establecimiento. Sin embargo, la atribución de un espacio para la práctica no se desprende de esta primera aceptación, sino que se encuentra supeditada a su disponibilidad.

Esto, sin duda, se encuentra asociado a diferentes factores. Por un lado, los rasgos mismos de la terapia: disciplinas como el *reiki* y la reflexología requieren de camillas, o en su defecto, de sillas, para ubicar a los pacientes, y por ende, demandan la atribución de un espacio similar a los exigidos por la práctica clínica biomédica. Por el contrario, el *tai chi chuan* asume una mayor capacidad para situarse en los márgenes geográficos de los pabellones hospitalarios, como parques o intersticios de pasaje y espera, no destinados a la atención, como pasillos, *halls* de entrada o de conexión entre salas. También es preciso considerar las características de la atención médica profesional de la especialidad hospitalaria en cuestión, lo que posibilita un ejercicio no convencional durante el transcurso de ciertos procedimientos —diálisis, quimioterapia, parto y parto— y en salas de internación. O bien, que sea preciso contar con un espacio exclusivo, al menos por un lapso definido, sobre todo cuando la actividad clínica se desenvuelve en el marco de consultas cara a cara. Respecto a este último punto, la adjudicación de un lugar depende de la relación entre la demanda y la cantidad y calidad de las salas, así como la propia disposición de las autoridades a tomar la decisión de implicarse en las pugnas por el espacio de otros actores sociales hospitalarios.

Las tensiones que suscita la atribución de lugares destinados a una disciplina considerada *outsider* pone de relieve una de las prácticas más habituales entre los terapeutas, para asegurarse su presencia: la de reacondicionar espacios deteriorados y caídos en desuso en el seno del hospital:

8 Los servicios hospitalarios que se corresponden mejor con esta descripción son cuidados paliativos, reumatología, maternidad/obstetricia, terapia ocupacional.

9 Como se ha indicado en la antropología médica, la distinción entre los términos en inglés *disease* e *illness* expresa el dualismo entre materia y mente que atraviesa la matriz interpretativa de la medicina moderna (Kirmayer, 1988).

[La coordinadora del equipo no convencional] S. me dijo: “venite el martes temprano que vamos a trasladar las cosas” [...], cuando vi la habitación, dije: “qué desastre, yo me encargo”, y así fue, porque me doy maña para todo. Así que me vine con el cemento, enduido,¹⁰ la pintura [...]. Lo pagué todo yo, pero me daba felicidad hacerlo, hacer las cortinas y que nos quede un espacio en el hospital y que sea reconocida esta terapia. Así que médico que pasaba, médico que yo decía: “yo soy reflexóloga” [risas] (entrevista con Dora, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 7 de septiembre de 2017).

Como ilustra la cita, el equipamiento de estos lugares suele quedar a cargo de personas individuales o grupos reducidos que se comprometen a asumir los gastos involucrados, no sólo en la mejora de las condiciones habitacionales —paredes, mobiliario—, sino en la creación minuciosa de un ambiente, al que agregan aromatizantes, dispositivos para música, tejidos, imágenes, etc. No obstante, la apropiación de los espacios se encuentra en constante negociación: las “mudanzas” dentro de los hospitales resultan frecuentes y para el caso de las medicinas alternativas suelen darse como resultado de expropiaciones del lugar obtenido. Esto se comprende cuando se considera que, una vez recuperada su funcionalidad, los recintos retornan al terreno de los intereses y demandas de los demás actores hospitalarios. Esto se acentúa por el recambio de autoridades y la consecuente reformulación de las prioridades en los servicios que esto acarrea, lo que también conlleva con frecuencia la pérdida del apoyo del profesional con el que se mantenía un vínculo personal, como señalamos en el segundo apartado.

Asimismo, en espacios compartidos con otros, la estrategia que observamos remite a un fuerte trabajo de adaptación en términos de la tarea que implica ajustar comportamientos a las expectativas de los otros profesionales de la salud.¹¹ El objetivo explicitado suele consistir en obedecer reglas e indicaciones, así como

evitar todo tipo de situación conflictiva, a partir de un esfuerzo por construir su presencia de manera desapercibida, sin “hablar de más”, desde un “bajo perfil”. Una terapeuta hace referencia al hospital tanto en un sentido geográfico como social: “éste es un espacio prestado, así que es una cuestión de respeto y de ubicación. Es una cuestión de poder perdurar, las reglas son así” (entrevista con Carmen, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 26 de octubre, 2018).

Conclusiones

En este artículo se intentó dar cuenta de las prácticas desplegadas por terapeutas no convencionales en la cotidianidad de su trabajo en hospitales, en pos de sostener un cierto estatus dentro de la estructura social hospitalaria. Al pensar en este tema específico en el marco de debates más amplios de las ciencias sociales, podríamos afirmar que este trabajo se constituye en un ejercicio analítico que, a partir de datos cualitativos, reconstruye dos cuestiones fundamentales de los estudios organizacionales: a) los procesos mediante los cuales los actores sociales son capaces de construir, mantener y negociar un orden relativamente estable dentro de la organización, y b) la relación entre las reglas y normas instituidas dentro de un establecimiento y aquello que efectivamente sucede.

10 Material especial para resanar paredes. En México, resanador, masilla epóxica.

11 Podemos retomar aquí un relato sobre un grupo de médicos residentes que decide apropiarse de un recinto utilizado por terapeutas de *reiki*. Una de las terapeutas comenta: “imaginate, nosotros, que recién empezamos y queremos continuar aquí, no queremos entrar en conflicto con el personal de salud” (nota de campo, hospital de segundo nivel de atención, servicio de Anestesia, 3 de septiembre de 2015). Por eso ceden el espacio que se les había asignado ante la más mínima señal de conflicto. Empero, la directora del centro de salud reprende a los residentes, pues considera que ya contaban con un espacio de reunión, y concede nuevamente la habitación a los terapeutas.

De acuerdo con estos planteamientos, la comprensión del fenómeno de las medicinas no convencionales en hospitales no supone sólo el estudio de los mecanismos de exclusión y subordinación que operan en el nivel organizacional e interaccional. Si bien resulta central contemplar la posición relegada que ocupan los terapeutas alternativos en la estructura ocupacional y profesional de los hospitales, desde el punto de vista propuesto fue una prioridad analizar cómo, en este contexto de acción limitada, logran delinear maneras viables de “habitar” la institución hospitalaria, al hacer suyos los espacios periféricos que les son asignados y desarrollar destrezas

que, aunque de modo contingente, les permiten revertir ciertos aspectos de su marginalidad.

El caso estudiado permite destacar la relevancia de las tres prácticas analizadas —construcción de vínculos, comportamiento mimético y ocupación del espacio— en lo referente a las posibilidades de generar procesos de ingreso y eventual institucionalización de prácticas foráneas. Estos mecanismos habilitan a los actores *outsiders* a moverse de modo relativamente seguro en una institución cuyas reglas emergen para ellos como opacas, en un marco de máximo dinamismo, informalidad e inestabilidad. **D**

Bibliografía

- Adams, Jonathan, 2006, “An Exploratory Study of Complementary and Alternative Medicine in Hospital Midwifery: Models of Care and Professional Struggle”, en *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 12, núm. 1, pp. 40-47.
- Algranti, Joaquín, 2008, “De la sanidad del cuerpo a la sanidad del alma: estudio sobre la lógica de construcción de las identidades colectivas en el neopentecostalismo argentino”, en *Religião e Sociedade*, vol. 28, núm. 2, pp. 179-209.
- Baldwin, Dewitt, 2007, “Territoriality and Power in The Health Professions”, en *Journal of Interprofessional Care*, vol. 21, pp. 97-107.
- Barry, Christine, 2006, “The Role of Evidence in Alternative Medicine: Contrasting Biomedical and Anthropological Approaches”, en *Social Science and Medicine*, vol. 62, pp. 2646-2657.
- Bordes, Mariana, 2015, “‘Esto de alternativo no tiene nada’: La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no-convencional desde la perspectiva de sus usuarios”, en *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 4. Disponible en línea: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100207&lng=en&nrm=iso>.
- , 2019, “Investigar la ‘otredad’ en hospitales: desafíos en un estudio cualitativo sobre terapias no-convencionales en espacios de salud oficiales (Buenos Aires, Argentina)”, en *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 23, núm. 68.
- Bordes, Mariana y Mercedes Saizar, 2018, “‘De esto mejor ni hablar’: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios”, en *Sociedad y Religión*, vol. 28, núm. 50, pp. 161-182.
- Carozzi, María Julia, 2000, *Nueva Era y terapias alternativas: construyendo significados en el discurso y la interacción*, Educa, Buenos Aires.
- D’Angelo, Ana, 2013, “Tendiendo puentes. La apropiación terapéutica del yoga ante la dimensión emocional de los padecimientos”, en *Runa*, vol. 37, núm. 1, pp. 21-38.
- Freidín, Betina y Rosana Abrutzky, 2011, “Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios”, en *Interface*, vol. 37, núm. 15, pp. 505-518.
- Frenkel, Moshe y Jeffrey Borkan, 2003, “An Approach for Integrating Complementary-Alternative Medicine into Primary Care”, en *Family Practice*, vol. 20, núm. 3, pp. 324-332.
- Gale, Nicola, 2011, “From Body-Talk to Body-Stories: Body Work in Complementary and Alternative Medicine”, en *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, núm. 2, pp. 237-251.
- Goffman, Erving, 2004, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goldner, Melinda, 2004, “The Dynamic Interplay between Western Medicine and the Complementary and Alternative Medicine Movement”, en *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, núm. 6, pp. 710-736.
- Good, Byron, 1994, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Hollenberg, Daniel, 2006, “Uncharted Ground: Patterns of Professional Interaction among Complementary/Alternative and Biomedical Practitioners in Integrative Health Care Settings”, en *Social Science and Medicine*, vol. 62, núm. 3, pp. 731-744.

- Hollenberg, Daniel e Ivy Bourgeault, 2009, "New Health Geographies of Complementary, Alternative and Traditional Medicines in Primary Health Care", en Gavin Andrews (ed.), *Primary Health Care: People, Practice, Place*, Routledge, Nueva York, pp. 167-182.
- Hughes, Everett, 2017, *The Sociological Eye*, Routledge, Nueva York.
- Idoyaga Molina, Anátilda, 2002, *Culturas, enfermedades y medicinas*, Centro Argentino de Etnología Americana, Buenos Aires.
- Keshet, Yael, 2009, "The Untenable Boundaries of Biomedical Knowledge: Epistemologies and Rhetoric Strategies in the Debate over Evaluating Complementary and Alternative Medicine", en *Health*, vol. 13, núm. 2, pp. 131-155.
- Kirmayer, Laurence, 1988, "Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine", en Margaret Lock y Deborah Gordon (eds.), *Biomedicine Examined*, Springer, Dordrecht, pp. 57-93.
- Lewin, Simon y Scott Reeves, 2011, "Enacting 'Team' and 'Teamwork': Using Goffman's Theory of Impression Management to Illuminate Interprofessional Practice on Hospital Wards", en *Social Science and Medicine*, vol. 72, núm. 10, pp. 1595-1602.
- Lovera Arellano, Amanda, 2014, *Regulación en medicina alternativa y complementaria en América Latina*, tesis de maestría, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- McKinlay, John y Joan Arches, 1985, "Towards the Proletarianization of Physicians", en *International Journal of Health Services*, vol. 15, núm. 2, pp. 161-195.
- Micozzi, Marc, 2002, "Culture, Anthropology and the Return of Complementary Medicine", en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 16, núm. 4, pp. 298-414.
- Mizrachi, Nissim, Judith Shuval y Sky Gross, 2005, "Boundary at Work: Alternative Medicine in Biomedical Settings", en *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, núm. 1, pp. 20-43.
- Olmos Álvarez, Ana, 2013, "Los caminos del Señor: aproximaciones al estudio de las trayectorias católicas carismáticas en Argentina", en *Sociedad y Religión*, vol. 23, núm. 40, pp. 143-179.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002-2005)*. Disponible en línea: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>>.
- Raaphorst, Nadine y Dick Houtman, 2015, "'A Necessary Evil that does not Really Cure Disease': The Domestication of Biomedicine by Dutch Holistic General Practitioners", en *Health*, vol. 20, núm. 3, pp. 242-257.
- Saizar, Mercedes, 2009, *De Krishna a Chopra. Filosofía y prácticas del yoga en Buenos Aires*, Antropofagia, Buenos Aires.
- Saizar, Mercedes, Mariana Bordes y Mercedes Sarudiansky, 2011, "El cuidado en los márgenes. Nuevas formas de voluntariado en el contexto del Estado postsocial", en Belén Lorente Medina (ed.), *Transformaciones del Estado social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, Miño y Dávila Editores, Buenos Aires y Madrid, pp. 199-224.
- Saks, Mike, 2001, "Alternative Medicine and the Health Care Division of Labour: Present Trends and Future Prospects", en *Current Sociology*, vol. 49, núm. 3, pp. 119-134.
- Shuval, Judith, Nissim Mizrahi y Emma Smetannikov, 2002, "Entering the Well-Guarded Fortress: Alternative Practitioners in Hospital Settings", en *Social Science and Medicine*, vol. 55, núm. 10, pp. 1745-1755.
- Souza Minayo, María Cecilia, 2009, *La artesanía de la investigación cualitativa*, Lugar Editorial, Lanús.
- Steil, Carlos, 2001, "Pluralismo, modernidade e tradição: transformações do campo religioso", en *Ciencias Sociales y Religión*, vol. 3, núm. 3, pp. 115-129.
- Strauss, Anselm, 1977, *Espejos y máscaras. La búsqueda de la identidad*, Marymar, Buenos Aires.
- Street, Alice y Simon Coleman, 2012, "Introduction: Real and Imagined Spaces", en *Space and Culture*, vol. 15, núm. 1, pp. 4-17.
- Welsh, Sandy, Merrijoy Kelner, Beverly Wellman y Heather Boon, 2004, "Moving Forward? Complementary and Alternative Practitioners Seeking Self-Regulation", en *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, núm. 2, pp. 216-241.
- Wiese, Marlene, Candice Oster y Jan Pincombe, 2010, "Understanding the Emerging Relationship between Complementary Medicine and Mainstream Health Care", en *Health*, vol. 14, núm. 3, pp. 326-342.

Entrevistas

- Alicia, terapeuta de *reiki*, Ciudad de Buenos Aires, 6 de noviembre de 2015.
- Carmen, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 26 de octubre de 2018.
- Cristina, terapeuta de *reiki*, Ciudad de Buenos Aires, 22 de octubre de 2015.
- Dora, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 7 de septiembre de 2017.
- Liliana, reflexóloga, Ciudad de Buenos Aires, 9 de agosto de 2017.
- Mónica, terapeuta de *reiki*, Ciudad de Buenos Aires, 10 de diciembre de 2015.